

Ministère de l'Enseignement
Un Peuple –Un But –Une Foi

République du Mali Supérieur et de la
Recherche Scientifique

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2011/2012

Thèse N°.../M

TITRE

**CONNAISSANCE ET COMPORTEMENTS
DES LYCEENS FACE AUX IST/SIDA
EN COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement Le 14 /01/2012 Devant
La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. OUSMANE HAMIDOU CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY :

Président : *Pr. Soukalo DAO*
Membre : *Dr. Sékou BAH*
Co-directeur : *Dr. Souleymane GUINDO*
Directeur : *Pr. Saïbou MAÏGA*

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père feu Hamidou cissé

Père, tu as raison, l'octroi d'une bonne éducation à ses enfants et le bienfait envers ceux des autres est le meilleur héritage qu'on puisse laisser à ses enfants. Que le Bon Dieu étende sa Très Miséricordieux sur toi.

A ma mère Haoua Cissé

Mère le souci de notre réussite se lit aisément en toi témoin de l'amour que tu portes pour nous. Que Dieu te donne longue vie dans la santé et une fin heureuse.

A mes frères et sœurs

Vous n'avez pas manqué de m'apporter tout le soutien nécessaire durant ces longues années d'études. Trouvez ici mon attachement fraternel.

REMERCIEMENTS

A Dieu le Très Haut

Dieu Merci

Créateur des hommes, Nourissier des hommes

Le Puissant et le Sage

Que jamais je ne cesse de porter ma confiance en Dieu, Dieu suffit à celui qui porte sa confiance en Lui.

AU Prophète Mohamed « Paix et Salut sur Lui »

Prophète Merci

Messagé du droit chemin et de la Miséricorde .

Que je puisse t'imiter par la grâce de Dieu.

A mes cousins et amis

Fouss, Baba, Haidara, Bafitini, Acoundoro, Paul, Ousmane, Stanislav, Oumar, Kass, Sinaego.

Pour l'encouragement et les conseils. Trouvez ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance.

A tout le corps professoral de la FMPOS

Pour leur amour dans la transmission du savoir.

A la bibliothèque de la FMPOS

Pour l'accès à la connexion WIFI et la facilitation dans la recherche documentaire.

Aux administrations et élèves du lycée technique Ganga, du lycée Talibi, du lycée fily Dabo Sissoko, du lycée Doulaye Baba, du lycée Nani Simpara.

Pour leur disponibilité durant toute la période d'enquête.

A tous ceux qui de près et de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur Dao Sounkalo

- Professeur titulaire à la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie(FMPOS) ;
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses a la FMPOS ;
- Investigateur clinique au SEREFO ;
- Investigateur clinique au programme NIAD /NIH/FMPOS sur le SIDA et la tuberculose .

Cher Maître

Nous vous remercions d' avoir accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Homme de culture, Scientifique rigoureux, pédagogue jamais égalé, votre simplicité et votre sérénité font de vous un maître admiré de tous.

Recevez cher maître, notre profonde gratitude !

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Sékou Bah

- Maître assistant en Pharmacologie ;
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G.

Cher Maître

vous nous faites un grand honneur en acceptant d'apprécier ce modeste travail malgré vos multiples occupations Nous admirons beaucoup vos qualités scientifiques et nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Souleymane Guindo

- Docteur en Pharmacie ;

-Chargé de cours de Gestion à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie(FMPOS).

Cher Maitre

Combien il à été important tout le soutien que vous nous avez apporté dans la réalisation de ce document . Soyez assurer de notre profonde reconnaissance et de notre attachement sincère.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Saïbou Maïga

- Maître de conférences en législation à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie ;
- Membre du comité d'Ethique de la FMPOS ;
- Membre du comité Nationale d'Ethique(CNESS) ;
- Membre du comité National de Pharmacologie ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé du Mali.

Cher Maître

Nous vous sommes infiniment reconnaissants d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations .

Nous gardons de vous l'image d'un homme simple ,généreux, disponible et dévoué à ses étudiants.

Trouvez ici le témoignage sincère de nos profondes reconnaissances et de toute notre gratitude.

SIGLES
ET
ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIV : Simien Immunodeficiency Virus

STLV : Simien T-lymphocyte virus

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

CD4: Class Differentiation type 4

CDC: Centers for Diseases Control

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CMV : Cytomégalovirus

CoII : Collaborateurs

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CV : Charge Virale

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

EBV : Epstein Barr Virus

EDS/M : Enquête Démographique et de Santé au Mali

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

GAG :Groupe antigène

HIV :Human immunodeficiency virus

HLA : Human Leucocyte Antigens

HSV : Herpes Simplex Virus

HTLV : Human T-Lymphocyte Virus

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LAV: Lymphadenopathy Associated Virus

LTR :Long terminal repeat

LVG :Lymphogranulomatose vénérienne

MST :Maladies sexuellement transmissibles

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONU: Organisation des Nations Unies

PCR: Polymérase Chain Réaction

PGL :Lymphadénopathie généralisée persistante

POL :Polymérase

% : Pourcentage

USA :Etats unis d'Amérique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
II-GENERALITES.....	5
III- METHODOLOGIE.....	27
IV-RESULTATS.....	31
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	46
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
VIII-ANNEXES.....	56

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1.1-INTRODUCTION

Le SIDA ou syndrome d'immunodéficience acquise est la conséquence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [11]. Le VIH est un rétrovirus du groupe des lentivirus. Sa réplication se fait au sein des cellules exprimant à leur surface une molécule CD4 (lymphocytes, macrophages, cellules microgliales du cerveau)[50]. L'épidémie d'infection par le VIH frappe actuellement tous les pays du globe, mais revêt une gravité dans les pays en voies de développement [20].

Selon le rapport mondial 2010 de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA (ONUSIDA); il y'a 33,3 millions de personnes dans le monde qui vivent avec le VIH dont 22,5 millions en Afrique subsaharienne. Plus de 30 millions de personnes sont mortes de SIDA depuis sa découverte au début des années 1980, faisant de ce fléau la plus importante pandémie de l'histoire de l'humanité. Environ 5 millions des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent dans le monde avec le VIH, dont 80% dans la région de l'Afrique subsaharienne, soit 4 millions[34].

Au Mali les résultats de la dernière étude de seroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'enquête démographique et de santé (EDS IV), ont montré une baisse du taux de prévalence de 1,7% à 1,3%, faisant du Mali un pays à faible prévalence [48]. De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteurs favorisant la survenue de l'infection par le VIH [7-26-37].

Selon L'OMS, les infections sexuellement transmissibles (IST) touchent chaque année plus de 300 millions de personnes [52]. L'Afrique a de loin la prévalence régionale la plus élevée pour chacune des principales IST curables à savoir la syphilis, la gonococcie, l'infection à chlamydiae et la trichomoniose [51]. La grande prévalence des IST dans les pays en développement s'explique par le grand nombre de sujets jeunes âgés de moins de 25 ans [12].

Il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement des comportements peuvent faciliter la lutte contre la pandémie du VIH dans les populations concernées [7-22-35-36].

les divers modes de contamination du VIH sont parfaitement connus.

Il n'existe, à ce jour, aucune vaccination efficace contre le sida.

La lutte contre la progression de l'infection par le VIH repose essentiellement sur l'éducation pour le changement de comportement (ECC).

1.2-OBJECTIFS

1.2.1-Objectif général

- Etudier les connaissances et comportements des lycéens de 15 à 24 ans en matière de IST/SIDA.

1.2.2-Objectifs spécifiques

- Décrire les connaissances des lycéens en matière de IST/SIDA.
- Décrire le comportement sexuel des lycéens.
- Décrire le comportement des lycéens dans la prévention contre les IST/SIDA.

GENERALITES

II- GENERALITES

2.1 LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

2.1.1 Définition des IST

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [45]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies sexuellement transmissibles (MST), actuellement dénommées infections sexuellement transmissibles (IST). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers. Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Les IST sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus. Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celles qui sont fréquemment rencontrées chez les jeunes.

2.1.2.-Gonococcie

- **Historique**

Le mot gonorrhée est d'origine grecque, il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». Swediowr lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, gonorrhée et syphilis ont été considérées comme deux manifestations d'une même maladie .Benjamin Bell, en1773 montra la différence entre les deux maladies ; Hernandez, en 1812 apporta la preuve définitive de cette différence qui sera confirmée en 1838 par Philipe Ricord .Ce n'est qu'en 1879 qu'Albert Neisser a découvert le gonocoque dans les pus urétraux et oculaires à 30-34°C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae* [45] .

- **Agent pathogène [47] :**

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café, chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extracellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur des muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de température et de ph. Le *gonocoque* est très souvent associé aux infections à *Chlamydia trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasmes*.

- **Clinique [45] :**

La période d'incubation est muette et dure environ 10 jours.

Chez l'homme, les manifestations génitales se présentent dans 93,6% des cas. Il s'agit d'une urétrite aigue. Elle se manifeste par un prurit plus ou moins intense du méat dont les lèvres deviennent plus ou moins rouges tandis que apparaissent un suintement et une brûlure à la miction. Très rapidement l'écoulement devient important, purulent, tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre. L'infection peut s'étendre : aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux spermatiques, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, à la sous muqueuse urétrale, et au prépuce créant une balanite.

Chez la femme, en générale, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possible ; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le pronostic de l'infection : endométrite, salpingite, annexite pelvienne, syndrome de FITZ –HUGH-CURTIS.

2.1.3 La Syphilis vénérienne [5-40]

- **Historique**

Dans l'histoire de Syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en France par l'équipe de Christophe Colombe à son retour des Antilles. Au début du 16^e siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de Syphilis appelée à l'époque « vérole ». Dès 1505, la vérole s'est répandue jusque dans la province de canton en Chine. Selon la théorie « Colombienne », la syphilis aurait envahi « le vieux monde » moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche pour les adversaires de cette théorie, Il apparait que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant Colombe. La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes Chinois, Indiens, Hébraïques et Grecs datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des moines égyptiens portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis. La théorie de l'évolution prète que la syphilis n'est pas une maladie en elle-même mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « Pian » (syphilis endémique en Bejel) [16]. L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. [40]

- **Agent pathogène**

L'agent causal de syphilis est un microbe exclusif de l'homme. Il s'agit de *Treponema pallidum* avec 6 à 12 tours de spires. C'est une bactérie spiralée, mobile à division transversales de forme hélicoïdale de 8 à 14 µ de longueur, 0,15 à 0,20 µ de largeur appartenant à l'ordre des spirachaetales.

- **Clinique**

Les études récentes ne sont pas nombreuses. Elles ne remettent pas en cause les descriptions cliniques. La classification clinique distingue différents stades :

- **La Syphilis primaire**

Elle se caractérise par l'apparition de chancre au point d'inoculation, accompagné de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique car observée dans le chancre mou et l'herpès. Elle peut s'associer à d'autres IST : gonococcie, urétrite à *chlamydia trachomatis*.

- **La syphilis secondaire**

C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît 6 semaines après le chancre. Elle est caractérisée par une éruption cutanée polymorphe. L'atteinte du système nerveux centrale dès ce stade est fréquente. A ce stade la maladie est curable.

- **Syphilis tertiaire**

Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La Syphilis tertiaire persiste jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la Syphilis tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.

- **Syphilis latente**

C'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 24% des cas non traités évoluent vers une Syphilis tertiaire. Selon l'OMS cette Syphilis latente est précoce lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 ans, elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

2.1.4-Infections génitales à *Chlamydia*

- **Agent pathogène [47]**

Les *chlamydiaes* sont des bactéries immobiles à gram négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur des cytoplasmes des

cellules hôtes, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et leur sensibilité à certains antibactériens telles que les tétracyclines et l'érythromycine. *Chlamydiae trachomatis* comporte différents sous groupes (A, B, C, D), agent du trachome G et K responsables d'infections génito-urinaires L1, L2, L3 agent de la maladie de Nicolas-Favre.

- **Clinique**

L'infection à *Chlamydia trachomatis* se manifeste par le trachome et les IST comme le lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas-Favre. Chez l'homme l'infection à *chlamydia trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et post gonococciques (4). A partir de uretère-tubaire, *chlamydia trachomatis* peut gagner la région périphérique et provoque une périhépatite ou syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS [33].

2.1.5-Chancres mou [49]

- **Agent pathogène**

Haemophilis ducrey est l'agent pathogène du chancre mou il est classé dans le genre *Haemophilis* (Benyey's Manual 1984). C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et de 0,5 à 0,6 µm de largeur. Il est mobile acapsulé, asporulé à gram négatif exigeant en hémine de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous CO₂ à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

2.1.6-Affection à *trichomonas vaginalis*

- **Historique [50]**

La première description de *Trichomonas vaginalis* a été faite par Alfred Donne lors de la séance du 9 septembre 1836 à l'Académie des Sciences. « A propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et les produits de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme ». Une année plus tard, Deyardin donnera le nom de *trichomonas vaginalis* à ces animalcules. Depuis de nombreuses publications ont signalé l'existence de ce parasite chez l'homme, sans pour autant lui attribué le moindre rôle pathogène. En 1884 Kunstler, à Bordeaux a observé en très grande abondance le flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique

gynécologique en 1913. Brumpt et Sabate, à Paris l'on découvert chez les femmes apparemment saines qu'ils consultaient en Clinique d'accouchement. Ce n'est qu'en 1915 que les travaux de Hoene et de Rodecur ont confirmé le rôle pathogène de ce flagellé. Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission sexuelle, elle a été soulevée depuis 1855 par Kollikes et Scanzoni devant l'extrême fréquence de la trichomonose urogénitale (50%) des femmes examinées. En 1924, Katsuma le découvre dans l'urine de l'homme, en 1927 Caper décrit pour la première fois une urétrite à *Trichomonas vaginalis* dans le sexe masculin. En 1915, les premières cultures ont été obtenues par Lynch. En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, Westphall réussit à conserver une culture vivante pendant 7 mois et demie.

- **Agent pathogène**

Trichomonas vaginalis appartient à la famille des trichomonadidae. Il est de forme ovale et long de 10 à 18 μm . Le trophozoite très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite [29].

- **Clinique [32]**

Trichomonas vaginalis provoque une inflammation aigüe des muqueuses et des glandes annexes du système génital. Il provoque des vaginites, des urétrites, prostatites et épидидymites. Chez la femme cette inflammation provoque : hypersécrétion, prurit, brûlure, et dyspareunie. Le passage à la chronicité est très fréquente entraînant de longues périodes asymptomatiques pendant lesquelles le sujet porteur peut éventuellement disséminer l'infection.

2.1.7 Candidose vaginale

- **Historique [49]**

En 1840, Wukinson établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*. En 1875 Mauss Mann prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elle une vulvo-vaginite.

- **Agent pathogène [49]**

Candida albicans appartient à la famille des champignons se produisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales

peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle. Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observée en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

- **Clinique [49]**

Chez la femme La vulvo-vaginite est le tableau le plus fréquent caractérisé par des prurits, des brûlures vaginales, dyspareunies, leucorrhées grumeleuses et blanchâtres, érythèmes et œdèmes vulvo-vaginaux. L'extension au haut appareil génital est exceptionnelle. Chez certaines femmes les récives sont fréquentes indiquant la recherche d'un facteur local favorisant ou une infection à VIH.

Chez l'homme L'infection est le plus souvent asymptomatique avec des manifestations cliniques. La plus fréquente est une urétrite subaigüe associée dans 50% des cas d'une balanite érosive. A coté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes.

2.1.8 Affection à *mycoplasme* [3-19]

Les *mycoplasmes* sont les plus petits procaryotes capables de se multiplier de façon autonome. Il s'agit des bactéries de petite taille 0,2 à 0,3 µm allant de Forme coccoïdes à des formes filamenteuses. A l'examen sur fond noir *ureaplasme urealyticum* et *mycoplasme hominis* sont responsables d'urétrites de prostatites chroniques, d'arthrites septiques chez les immunodéprimés et de troubles de reproduction.

2.1.9 Affection à *Gardenella vaginalis* ou Vaginose bactérienne [39]

L'agent causal de Vaginose est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilis vaginalis* dans certaines vaginites appelées alors « non spécifique » c'était des vaginites non provoqué par le *gonocoque*, le *trichomonas* ou le *candidas*. Garder et Dukes attribuèrent une responsabilité intermédiaire entre les gram positifs et les grams négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin .Pour des raisons males connues, il peut proliférer abondamment et être à l'origine de vaginite d'allure subaigüe non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rare cas d'atteinte néonatale et de septicémies puerpérales.

2.1.10 Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis*[49]

L'ulcération est unique ou multiple indurée, granulomateuse rouge vive, indolore et saignante facilement au contact.

2.1.11 Herpes génital du à l'*Herpes simplex* [9]

Herpes simplex, virus type 2 appartient à la famille des herpes viridae. L'homme est le seul réservoir de ce virus très fragile transmis préférentiellement par les rapports sexuels. Il est responsable de vulvite chez la femme, de balanite chez l'homme, de vulvo-vaginite chez la petite fille .Il provoque l'herpes néonatale qui sans traitement peut entraîner 85% de décès chez les nouveaux -nés atteint.

2.1.12 Condylome (crête de coq) [9]

Du à un virus appelé *papilloma virus*, on distingue trois aspects cliniques principaux : Les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnu, les condylomes plans, infection infraclinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

2.1.13 Les Hépatites virales B et C [9]

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie. Elle provoque des lésions inflammatoires de ce dernier des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques .*Les virus des hépatites B* (famille des Hépadnaviridae, groupe des Flaviviridae) ont des modalités de contaminations voisines. *Le virus de l'hépatite B* est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donneurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

2.2- LE SIDA

2.2.1 Définition [28]

Le SIDA est un état de déficit immunitaire chronique viro-induit, l'agent étiologique étant le *virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Ressort dans la dernière révision du CDC en Janvier 1993 ; qu' un nombre de lymphocytes CD4<200/ µl est suffisant pour porter le diagnostic aux Etats-Unis mais en Europe le diagnostic de sida chez un patient présentant une sérologie *VIH* positive, est actuellement porté devant l'apparition :

- D'une infection opportuniste ;
- D'une maladie de kaposi ;
- De certains types de lymphomes malins ;
- D'un syndrome cachectique ;
- D'un syndrome démentiel spécifique ;
- D'une pneumonie interstitielle lymphoïde chronique ;
- De pneumopathies bactériennes récurrentes ;
- D'une tuberculose pulmonaire ;
- D'un cancer invasif du col utérin .

2.2.2 Historique

L'histoire du SIDA commence dans deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans des communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 et par le Docteur Pozalki [17].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée auparavant fut confirmée par les travaux du professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isole le virus du Sida à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du syndrome de Lymphadénopathie chronique. Le virus du SIDA fut appelé Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la Lymphadénopathie. C'est l'identification du VIH1 [30-31]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela H.T.L VIII [17-18].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origines ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [6]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTLV IV la

même année [13]. En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine « *Human Immuno Deficiency Virus (HIV)* ».

- En 1993, la classification CDC du virus est faite.
- En 1995, ce fut le développement de la bi thérapie et de la mesure de la charge virale.
- En 1996, les tri- thérapies se développent.

2.2.3 Agent Pathogène [8-20-27-39]

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae, et aux sous familles des lentivirus. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Le VIH possède les caractéristiques communes qui sont :

La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse. L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus;

La latence Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner les particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;

La variabilité génétique Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements. Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLVIII. Ce virus se divise en trois groupes :

Groupe M (majeur) Il inclut la quasi-totalité des variantes isolés de par le monde et est lui-même séparé en 11 sous types de A à K ;

Groupe O (out lier) Ils regroupent un nombre limité de variantes très éloignées de M qui représenteraient près de 50% de divergences avec les autres VIH1 ;

Groupe nouveau (N) ou non M et non O Le premier isolant a été identifié en 1995 chez des patients Camerounais. *VIH2* : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (Kurt et Coll.), car présentant des propriétés

communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation.

Sensibilité Le *VIH* est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par : la chaleur à 55° C pendant 30 mn, l'alcool à 70° C pendant 30 mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1/10 pendant 40 mn, l'eau oxygénée à 0,3 % mais résiste au froid ; au rayon, X ; U ; V.

Affinité Le *VIH* a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophages, monocytes qui sont ses principales cibles ; le *VIH* affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le *virus Epstein Barr (VEB)*, cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

Exemple : Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagique. Le récepteur macrophagique CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du *VIH* et au début de l'infection.

2.2.3.1-Structure

L'étude de la structure génétique du *VIH* permet de comprendre la complexité de Virus, certaines de ses manifestations cliniques et biologiques.

Le virus apparaît sphérique au microscope électronique avec un diamètre de 80 à 120nm.

Sa structure comporte

-une enveloppe de couche lipidique ou « core » portant à sa surface, 72 boutons de longueur 9 à 10nm et de largeur 14nm,

-A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une matrice protéique de 5 à 6nm d'épaisseur jouant le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et de facteur supportant la projection de surface,

-molécule d'ARN associée à la transcriptase inverse.

En coupe, on observe, une sorte de barreau conique de 10nm de long et de 45nm de

large. L'espace vide entre le core et la matrice protéique est partiellement occupée par les masses denses d'électrons « corps latéraux »

2.2.3.2 Organisation génétique [8-20]

Le génome viral compte plus de 9.700 nucléotides, le génome est composé de l'extrémité 3' vers l'extrémité 5' de trois gènes caractéristiques des rétrovirus codant les composants structuraux du virus :

- Le gène « gag » (Groupe antigène) code pour les protéines internes appelées du « core » qui sont : P50 et P40 qui se cliveront en P18 et P13 ;
- Les protéines du noyau P24, P17, P13 ; ce dernier se clivent en P6 et P9 ;
- Le gène « Pol. » (Polymérase) code pour les enzymes de réplication P68 et P67 constituant la reverse transcriptase P34 correspond à l'intégrase ;
- Le gène « ENV » (enveloppe) code pour les glycoprotéines GP110 et GP41 issue de GP160 qui est un précurseur moléculaire.

GP110 est responsable de l'interaction avec la membrane de la cellule cible au niveau du récepteur CD4 permettant la pénétration du *VIH* ;

GP110 correspond aux boutons hérissant la surface du virus ;

GP41 permet d'induire le syncytium (fusion cellulaire) qui est un des éléments cytophylaxie du *VIH*.

Contrairement aux autres rétrovirus, le *VIH* possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication, ceci explique probablement son haut pouvoir pathogène. Il s'agit de gènes régulateurs se retrouvant chez le *VIH1* et *VIH2* ; c'est :

- TAT favorisant l'augmentation du niveau de la synthèse des protéines virales ;
- REV qui favorise l'augmentation des ARN messagers correspondant aux protéines gag, Pol et ENV ;
- VIF qui permet d'augmenter l'infectuosité ;
- NEF dont le rôle est inconnu.

Il existe d'autres gènes n'appartenant pas aux deux types de virus :

- VPU est présent chez le *VIH1* ;
- VPX se trouve chez le *VIH2* et *VIS*

2.2.3.3- Variabilité génétique [32]

L'analyse phylogénétique de nombreuses souches du *VIH1* d'origine géographique diverse a révélé trois grands groupes distincts de virus nommés M pour majeur ou main, N (pour new ou non O) et O (pour out lier) le groupe O ne représente que 50 % d'homologie avec les souches du groupe M dans les séquences du gène de

l'enveloppe.

La grande majorité des souches de *VIH1* responsables de la pandémie appartient au groupe M dans lequel l'analyse phylogénétique a permis d'identifier 11 sous types (de A à K), et près de 20 % des isolats sont recombinants, avec des parties du génome appartenant à deux sous types différents. Il est important de distinguer les sous types purs des virus recombinants. Pour être classés comme des sous types, les isolats doivent se ressembler entre eux et non à d'autres sous types sur le génome entier. Sur cette base, il y aurait seulement neuf sous types au sein du groupe M, étant donné que le virus du prototype E et I dans l'enveloppe est des recombinants avec des fractions importantes du génome appartenant à d'autres sous types.

2.2.3.4- Réplication virale [15]

La fixation et la fusion des virus sur les récepteurs cellulaires sont les premières étapes du cycle viral, les structures de surface du *VIH* y jouent un rôle principal et les deux glycoprotéines de l'enveloppe sont directement impliquées dans le mécanisme de fixation et de fusion. La glycoprotéine trans-membranaire participe à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire. L'intégration génomique : Après que le noyau viral ait été introduit dans la cellule, il est décapsidé et l'ARN du virus est libéré dans le cytoplasme. Le brin de l'ARN est copié en ADN intermédiaire simple grâce à une polymérase. On obtient un hybride ARN ADN. Une ribonucléase intervient alors pour détruire l'ARN d'origine viral ; et la polymérase produit alors un second brin d'ADN en utilisant le premier comme matrice ; polymérase et ribonucléase sont souvent désignées sous le nom de transcriptase inverse ; l'ADN double brin migre vers le noyau, et une troisième enzyme, l'intégrase ou endonucléase, intervient . Elle permet l'intégration de la copie d'ADN du génome viral dans le génome cellulaire sous forme de provirus, l'information virale répliquant chaque fois que la cellule se subdivise. Le provirus reste silencieux ou entre dans un cycle reproductif quelque soit le facteur déclenchant le cycle reproductif ; il provoque l'activation virale (par le gène TAT) et lève l'inhibition de la réplication (liées au gène VIF). L'ADN intégrée est alors transcrit en ARN. Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers migrent alors vers le cytoplasme où ces derniers sont traduits en protéines grâce aux ribosomes. La protéine et l'ARN viral sont assemblées pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de cellule. En sortant de la cellule, le virus s'enveloppe, retrouvant les constituants de

l'enveloppe qui ont été transportés et sont insérés au niveau de la membrane cellulaire indépendamment du noyau viral. Après un bourgeonnement, les particules vont alors infecter à leur tour d'autres cellules cibles dans l'organisme accélérant ainsi la dissémination virale.

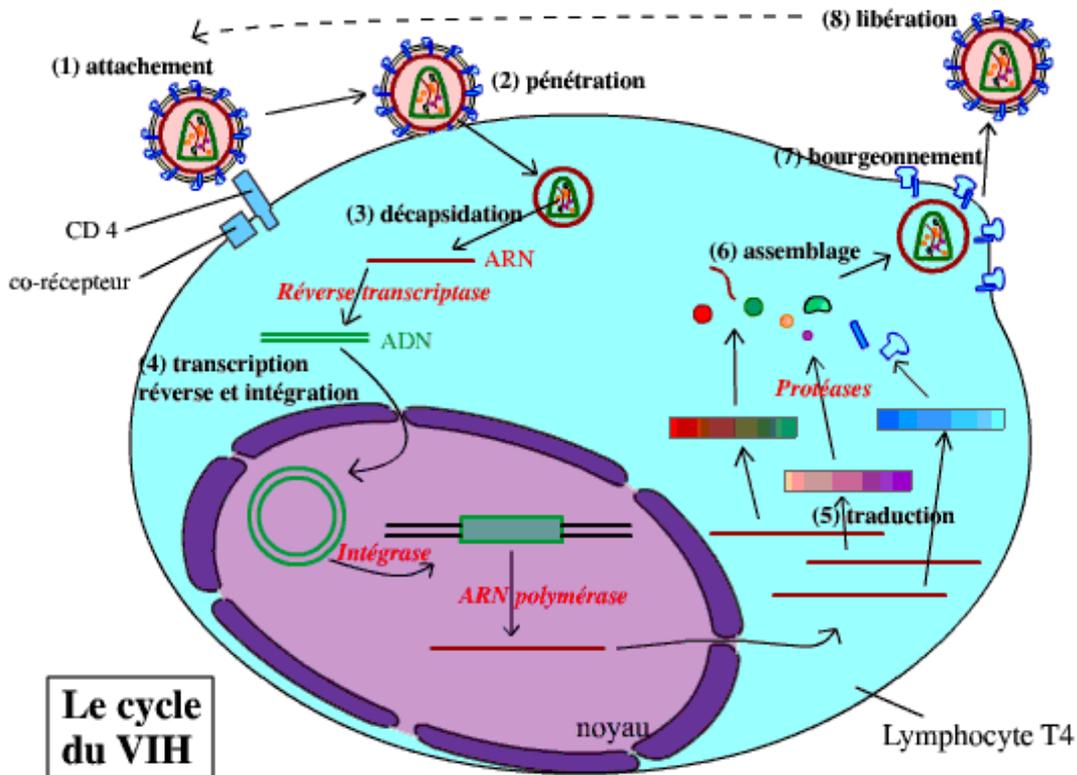


Image du cycle de réplication virale [24]

2.2.4 Mode de transmission

La transmission du VIH se fait par l'intermédiaire des lymphocytes T infectés contenus dans le sang, dans la lymphe et dans le sperme du porteur de virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [14].

2.2..4.1 Transmission sexuelle

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensés étaient des homosexuels, en Amérique, Europe Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représente le mode de contamination dominant [21]. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant

du virus. Lors d'une pénétration vaginale, le risque de transmission est supérieur d'un homme séropositif vers une séronégative à celui qui existe d'une femme séropositive vers un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règle. La pénétration anale multiplie ce risque par trois [25]. La contagiosité d'un porteur du *VIH* est variable dans le temps, car la quantité de virus présente dans les sécrétions sexuelles est fonction de l'état, latent ou non de ce dernier. Cela explique qu'un porteur du virus puisse contaminer plusieurs personnes dans un laps de temps, par contre d'autres porteurs ne contaminent pas leur partenaire, malgré une vie sexuelle sans protection pendant des mois, des années. C'est ce qui explique la contagiosité du *VIH1* par rapport au *VIH2* [25].

2.2.4.2- Transmission sanguine

C'est la voie la plus directe de transmission, et comporte deux modes distincts.

- **La transmission par des objets souillés** (aiguilles, lames, seringues, couteaux).

Le Partage de seringues entre les toxicomanes est l'un des facteurs essentiels de l'extension de l'épidémie du *VIH* dans plusieurs régions du monde : Russie et Europe orientale, Inde et Indonésie, Chine, Etats-Unis, Proche et Moyen Orient. Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [25]. Au 1^{er} février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues [1], 8 % étaient des homosexuels toxicomanes. Ce mode de transmission est également incriminé en Afrique par l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagées [41] lors de scarifications, de circoncisions et d'excisions. Bien que rares, les contaminations professionnelles (infirmiers, médecins, biologistes, etc.) par inoculation accidentelle de sang contaminé par le *VIH*, les piqûres accidentelles avec des aiguilles contaminées par le sang frais existe également.

- **La transmission par transfusion sanguine**

les premiers cas de SIDA furent décrits en 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [4].

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit de risque de transmission. Néanmoins il subsiste une " fenêtre" chez des

donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti-VIH détectable.

2.2.4.3-Transmission verticale

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- **In utero** : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- **Intra partum** : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas
- **Par l'allaitement** : la période d'allaitement présente un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7 % [23].

Le taux de transmission materno-fœtale du *VIH-1*, en l'absence de traitements ARV est de 18 à 25 % et ce quelque soit le mode de contamination de la mère ou son origine géographique ; contrairement au *VIH-2* où le risque de transmission de la mère à l'enfant serait de 1 % [24].

2.2.5- Les manifestations cliniques du VIH [10-42]

Le *VIH* est une maladie virale qui évolue très lentement. L'histoire naturelle de cette maladie montre que, dans la majorité des cas, le délai moyen entre la contamination et la survenue de la forme évoluée (SIDA) est de l'ordre de 2 à 10 ans. Une à deux semaines après la contamination survient dans 50 à 90 % des cas un épisode de primo-infection marqué par la fièvre, une pharyngite, des érosions muqueuses, des adénopathies cervicales, plus rarement une méningo-encéphalite aseptique ou une myélite aiguë, une neuropathie périphérique, paralysie faciale, un exanthème maculaire et des troubles digestifs. Les symptômes peuvent manquer, passer inaperçus ou être confondus avec un syndrome grippal, une mononucléose infectieuse. Cette période est marquée par une forte virémie et à l'infection du système lymphoïde dont l'intensité serait en rapport avec le pronostic ultérieur. Après des mois ou des années surviennent des symptômes de pré SIDA témoignant d'une immunosuppression modérée avec une baisse progressive des lymphocytes T4. Un syndrome de Lymphadénopathie chronique est fréquent. Puis la lymphopénie T4 s'aggrave, l'Immunodépression devient sévère, apparaissant les infections opportunistes et les atteintes du SIDA.

Tableau I : Révision 1993 du système de classification de l'infection par le VIH pour les adultes et les adolescents [28]

Nombre de Lymphocyte CD4	Catégories cliniques		
	(A) Asymptomatique, Primo-infection ou PGL	(B) Symptomatique, Sans critères (A) ou (C)	(C) Sida
≥500/UI	A1	B1	C1*
200-499/UI	A2	B2	C2*
<200/UI	A3	B3	C3 *

Tableau II : Classification de la maladie à VIH (1993) et définition du SIDA [11]

Stade A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B ou C

Infection *VIH* asymptomatique

Lymphadénopathie généralisée persistante

Primo-infection symptomatique

Stade B

Manifestations cliniques chez un adulte ou adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C .La liste n'est pas limitative

Angiomatose bacillaire

Candidose oropharyngée

Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement

Dysplasie du col de l'utérus (modérée ou grave), carcinome in situ

Syndrome "constitutionnel":fièvre (>38,5°C) ou diarrhée supérieur à 1 mois

Leucoplasie chevelue de la langue

Zona récurrent ou envahissant plus d'une dermatose

Purpura thrombocytopenie idiopathique

Salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens

Neuropathie périphérique

Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu

Stade C

Cette catégorie correspond à la définition du Sida chez l'adulte.

Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C

Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
Candidose de l'œsophage
Cancer invasif du col
Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire
Cryptococcose extrapulmonaire
Criptosporidiose intestinale supérieur à 1 mois
Infection à CMV (autre que foie, rate ou ganglion)
Encéphalopathie due au *VIH*
Infection herpétique, ulcères cutanés chronique > 1mois ou bronchique, pulmonaire ou œsophagien
Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
Isosporose intestinale chronique (>1 mois)
Maladie de Kaposi
Lymphome de Burkitt
Lymphome immunoblastique
Lymphome cérébral primitif
Infection à mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extrapulmonaire
Infection à mycobacterium tuberculosis, quelque soit le site (pulmonaire ou extrapulmonaire)
Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
Pneumonie à pneumocystis jiroveci (ex-carini)
Pneumopathie bactérienne récurrente
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Septicémie à salmonella non typhi récurrente
Toxoplasmose cérébrale
Syndrome cachectique dû au *VIH*

Tableau III : Infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA [11]

	Agent	Localisation préférentielle
Parasites	<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Poumon
	<i>Toxoplasma gondii</i>	SNC ,rétine, poumon
	<i>Cryptosporidium</i>	Tube digestif, voies biliaires
	<i>Isospora belli</i>	Tube digestif
	<i>Microsporidies</i>	Tube digestif, urines, sinus
Champignons	<i>Candida sp</i>	Bouche, œsophage
	<i>Cryptococcus neoformans</i>	SNC, poumon ou disséminée
	<i>Histoplasma capsulatum</i>	Poumons, ganglions, disséminée
Bactéries	<i>Mycobacterium avium intracellulaire</i>	Sang, ganglions, tube digestif, disséminée
	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Poumons, ganglions, disséminée
	<i>Salmonella non typhi</i>	Bactériémie
Virus	<i>CMV</i>	Rétine, tube digestif, SNC, poumon
	<i>HSV, HHV</i>	Peau, muqueuse, poumon, tube digestif
	<i>VZV</i>	Peau, Système nerveux
	<i>Papovavirus (virus JC)</i>	Leucoencéphalopathie multifocale progressive

2.2.6 Les déterminants majeurs de la propagation de l'infection à VIH/SIDA [48]

Tableau IV : déterminants médicaux

1	fréquences des infections sexuellement transmissibles non traités ou mal traités
2	Insuffisance de la prise en charge des cas de SIDA (personnel de santé peu préparé et mal équipé pour le travail, non annonce de la séropositivité aux patients.
3	Hygiène douteuse dans les milieux de soins (matériels et instruments souillés, sang non testé)

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96

Tableau V: déterminants socioculturels

1	Mariage précoce/mariage temporaire/mobilité matrimoniale/divorce
2	Statuts de la femme (faible poids social ; faible pouvoir de décision au plan sexuel et de la méthode de prévention, dépendance socio_ économique
3	Analphabétisme, surtout féminin (ignorance des questions de santé et prévention et la déni de la réalité du SIDA. faible accès aux informations sur le SIDA et les IST
4	Effritement de l'éducation parentérale et des normes culturelles traditionnelles/tabou sur la sexualité
5	Religion peu favorable à la promotion du préservatif et de la communication sur la sexualité
6	Pratiques traditionnelles néfastes :-polygamie/lévirat et sonorat (excision, tatouages, scarifications)-prise en charge non appropriée des malades du SIDA

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96

Tableau VI: déterminants environnementaux et économique

1	Migrations internes et externes (ignorances, chômages, pauvreté, isolement, changement du contexte social et culturel, désir de défoulement, tourisimes sexuel, urbanisation intense)
2	Exacerbation de la pauvreté (chômages des jeunes, mariages coûteux, exode rural)
3	Prostitution en pleine expansion dans les grandes villes et dans les zones de hautes potentialités économiques
4	Libre circulation des films et cassettes vidéo se rapportant aux pratiques sexuelles, libre accès des jeunes aux maisons de loisirs sexuels en expansion rapide
5	Insuffisance de cadres juridiques, éthiques et réglementé de lutte contre le VIH/SIDA
6	Le travail des enfants

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96.

Tableau VII: Déterminants comportementaux

1	Multi partenariat sexuel (fausse monogamie, rapports sexuels occasionnels, recherche de nouvelles pratiques sexuelles).
2	Précocité des rapports sexuels chez les jeunes
3	Ecart d'âge entre les jeunes et leurs partenaires, souvent très âgés, harcèlement sexuel
4	Faible acceptation et faible utilisation des préservatifs.

Sources : EDS Mali rapport de synthèse 95_96

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

3.1- DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS

Ces définitions ci-dessous concernent des termes qui font usages dans notre étude.

Connaissances l'ensemble des idées ou des informations partielles complètes ou utiles sur les IST/SIDA.

Comportement sexuel Manière de se conduire sexuellement face aux IST/SIDA.

JEUNES OMS définit les jeunes comme des individus se situant entre les âges de 15 à 24 ans.

Partenaire sexuel (le) toute fille ou garçon avec qui l'élève a des rapports intimes ; qu'il y ait ou non des rapports sexuels.

Leucorrhée= pertes blanches= « gnaimina bo »

gonococcie= Chaude de pisse

3.2-CADRE ET LIEU D'ETUDE

Notre étude a été menée dans la commune I du district de Bamako. Nous avons choisi de façon aléatoire cinq établissements d'enseignements secondaires à savoir le lycée Fily Dabo Sissoko (Djelibougou), le lycée Talibi (Boukassoumbougou), le lycée Nani Simpara (Fadjiguila), le lycée Technique Ganga (Boukassoumbougou) et le lycée Doulaye Baba (Doumanzana) parmi les 27 établissements scolaires que couvre la commune I. L'intérêt d'un tel choix est de savoir s'il peut exister une différence dans les connaissances et comportements des lycéens d'établissements scolaires de la commune I à différents statuts sociaux.

3.3- TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive à passage unique basée sur un sondage aléatoire des jeunes lycéens de 15 à 24 ans régulièrement inscrits pour l'année académique 2010-2011 et présents au moment de l'enquête sur leur connaissance et comportement face aux IST /SIDA .

3.4-PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée du 13 au 28 janvier 2011.

3.5- POPULATION D'ETUDE

Elle était constituée par les élèves âgés de 15 à 24 ans fréquentant les établissements scolaires de la commune I sus cités.

3.5.1- Critère d'inclusion

- Etre élève dans l'un des établissements sus cités.
- Etre âgé d'au moins 15 ans et d'au plus 24 ans.
- Accepter volontiers de répondre aux questionnaires.

3.5.2- Critère de non inclusion

- Tous les élèves âgés de moins de 15 ans et de plus de 24 ans.
- Tous les élèves ne fréquentant pas l'un des lycées sus –cités
- Tous les élèves n'acceptant volontiers l'enquête.

3.6- INSTRUMENT DE TRAVAIL

Pour les besoins de cette étude nous avons élaborés des questionnaires individuels qui ont été soumis aux enquêtés. Chaque questionnaire comportait les sections suivantes :

- Les caractéristique sociodémographique des enquêtés
- Connaissance sur les IST/SIDA
- L'activité sexuelle des enquêtés.
- Connaissance sur le préservatif.
- Connaissance sur le dépistage du VIH.

3.7- ECHANTILLONAGE

3.7.1- Base de sondage

Elle était constituée par la liste des élèves de 15 à 24 ans inscrits par classe, pour l'année Académique en cours dans les établissements scolaires sus-cites.

3.7.2 - Procédure de tirage

Elle a été effectuée par un tirage simple de 50 élèves à raison de 10 par lycée à partir de la base de sondage.

3.7.3 -Technique de collecte des données

Elle a été effectuée sous forme d'interview confidentielle.

3.7.4 -Collecte et analyse des données

La saisie a été effectuée sur le logiciel world et l'analyse sur le logiciel de statistique Epi info 6.

3.8- Aspects éthiques :

Avant le début de l'enquête, nous avons fournies des informations sur les objectif de l'étude aux administrations scolaires et aux élèves.

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour les données collectées(le nom des enquêtés n'a pas été mentionner sur la fiche d'enquête, l'interview a été individuelle).

Une restitution sera faite aux différents établissements.

3.9- Diagramme de GANTT

La phase 1 du travail :était constitué de l'enquête qui a durée 16 jours (du 13 au 28 janvier 2011).

La phase 2 du travail était constitué de la saisie et analyse des résultats de l'enquête et les autres éléments du document, ceci a duré 193 jours (29 janvier au 10 aout).

WP	Date de début	Durée en jours	Date de fin	
WP1	13/03/2011	16	28/01/2011	Phase 1
WP2	28/01/2011	193	10/008/2011	Phase 2
WP3	13/03/2011	209	10/08/2011	Gestion de la thèse

RESULTATS

IV-RESULTATS

Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont traités dans les tableaux ci-dessous.

4.1 Résultats selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau VIII : Répartition des élèves selon le sexe

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Féminin	27	54
Masculin	23	46
Total	50	100

Les filles étaient majoritaires (54%) .

Tableau IX : Répartition des élèves selon l'âge

Age	Effectif absolu	Pourcentage
15	9	18
16	6	12
17	7	14
18	15	30
19	6	12
20	2	4
21	4	8
22	1	2
Total	50	100

L'âge minimum était de 15 ans et l'âge maximum de 22 ans.

Tableau X: Répartition des élèves selon les tranches d'âges

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
15-19	43	86
20-24	07	14
Total	50	100

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était majoritaire (86%).

Tableau XI: Répartition des élèves selon le statut matrimonial

Statut	Effectif absolu	Pourcentage
Célibataire	49	98
Marié(e)	1	02
Total	50	100

Les célibataires avaient constitués la quasi-totalité de l'échantillon (98%).

Tableau XII: Répartition des élèves selon la résidence

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Réside avec les parents	40	80
Réside chez un tuteur	09	18
Réside seul	01	02
Total	50	100

La majorité des élèves vivaient chez les parents (80%).

4.2 Résultats des élèves selon les connaissances sur les IST/SIDA

Tableau XIII: Répartition selon les élèves ayant entendu parler des IST

Ayant entendu parler	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	42	84
Non	08	16
Total	50	100

Plus des quatre cinquième (4/5) des élèves avaient entendu parler des IST (84%).

Tableau XIV : Répartition selon la première source d'information sur les IST/SIDA cités par les élèves

Première source	Effectif absolu	Pourcentage
Télé	16	32
Ecole	13	26
Aucune	8	16
Causerie	6	12
Association	4	08
Parent	02	04
Autres	01	02
Total	50	100

La télé venait en premier lieu (32%).

Tableau XV: Répartition selon les exemples D'IST cités par les élèves

Exemple D'IST	Fréquence	Pourcentage
----------------------	------------------	--------------------

SIDA	26	45
Aucun	14	24
Gonococcie	9	15
Leucorrhées	5	9
Bilharziose	2	3
Chancre mou	1	2
Syphilis	1	2
Total	58	100

Le SIDA était l'IST la plus connue des élèves (45%).

Tableau XVI : Répartition selon les signes D'IST cités par les élèves

Signes	Fréquence	Pourcentage
---------------	------------------	--------------------

Aucun signe	16	32
Amaigrissement	14	28
Prurit	4	8
Diarrhée	3	6
Leucorrhées	3	6
Brulures mictionnelles	2	4
Eruptions	2	4
Asthénies	2	4
Vomissement	2	4
Fièvre	2	4
Total	50	100

Environ le tiers des élèves (32%) n'avait pu citer aucun signe.

Répartition selon les élèves ayant entendu parler du Sida

La totalité des élèves (100%) avait entendu parler du SIDA.

Tableau XVII : Répartition des élèves selon la croyance à l'existence du SIDA.

Croyance à l'existence	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	46	92
Non	4	8
Total	50	100

Un peu moins du dixième (8 %), ne croyait pas à l'existence du SIDA.

Tableau XIX : Répartition selon les voies de transmission du SIDA cités par les élèves.

Voies de transmissions	Fréquence	Pourcentage
-------------------------------	------------------	--------------------

Sexuelle	49	47
Sanguine	42	41
Materno-foétale	11	11
Aucune	1	1
Total	103	100

La voie sexuelle était la voie de contamination la plus connue (47%).

Tableau XIX : Répartition selon les méthodes de prévention contre le SIDA cités par les élèves.

Méthodes de prévention	Fréquences	Pourcentage
Préservatif	39	53
Abstinence	20	27
Fidélité	14	19
Aucune	01	01
Total	74	100

Le préservatif était la méthode de prévention la plus connue (53%).

Tableau XX: Répartition des élèves selon la connaissance d'un site de dépistage

Site	Effectif absolu	Pourcentage
-------------	------------------------	--------------------

Oui	37	74
Non	13	26
Total	50	100

La majorité des élèves(74%) connaissait un site de dépistage.

4.3 Résultats selon le comportement des élèves

Tableau XXI : Répartition des élèves ayant eu des rapports sexuels

Rapport sexuel	Effectif absolu	Pourcentage
Non	34	68
Oui	16	32
Total	50	100

Environ le tiers des élèves (32%) avait eu de rapport sexuel.

Tableau XXII : Répartition des élèves selon l'âge lors du premier rapport sexuel.

Age	Effectif absolu	Pourcentage
-----	-----------------	-------------

14	1	6,25
15	6	37,5
16	1	6,25
17	3	18,75
18	1	6,25
19	1	6,25
Ne se rappelle pas	1	6,25
Total	16	100

L'âge minimum au premier rapport était de 14 ans sexe masculin.

Tableau XXIII: Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif au premier rapport

Utilisation du préservatif	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	11	68,75
Non	5	31,25
Total	16	100

La majorité des élèves (68,75%) avait utilisé le préservatif au premier rapport.

Tableau XXIV : Répartition des élèves selon l'utilisation régulière du préservatif

Utilisation régulière	Effectif absolu	Pourcentage
-----------------------	-----------------	-------------

Oui	12	75
Non	4	25
Total	16	100

Plus des deux tiers des élèves (75%) utilisaient régulièrement le préservatif.

Tableau XXV : Répartition des élèves selon le nombre de partenaires fréquentés

Nombre de partenaire	Effectif absolu	Pourcentage
1	4	25
2	2	12,5
3	5	31,25
5	4	25
10	1	6,25
Total	16	100

Plus des deux tiers des élèves (75%) sexuellement actifs avaient connu plus d'un partenaire.

Tableau XXVI : Répartition des élèves selon les rapports occasionnels

Rapport occasionnel	Effectif absolu	Pourcentage
Non	14	87,5
Oui	2	12,5
Total	16	100

Plus du dixième (12,5%) des élèves sexuellement actifs avaient eu de rapport avec un partenaire occasionnel.

Tableau XXVII : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif lors du rapport occasionnel

Utilisation du préservatif	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	1	50
Non	1	50
Total	2	100

La moitié (50%), avait utilisé du préservatif avec le partenaire occasionnel

Tableau XXIX : Répartition des élèves selon ceux qui ont fait le test de dépistage du VIH

Test de dépistage	Effectif absolu	Pourcentage
Non	41	82
Oui	9	18
Total	50	100

La majorité des élèves(82%) ne connaissaient pas leur statut sérologique

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1-METHODOLOGIE

Nous avons choisi de façon aléatoire cinq établissements de la commune I du district de Bamako, il s'agissait d'une enquête transversale à passage unique basée

sur un sondage aléatoire des jeunes lycéens de 15 à 24 ans. Le principe de l'enquête était de recueillir les informations auprès des élèves en expliquant personnellement le but de l'étude et les questions s'y rapportant.

5.2- CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Profil des enquêtés

La majorité des élèves était de sexe féminin (54 %) avec un âge moyen de 17,6 , la tranche d'âge de 15 à 19 ans représentait 86% de l'échantillon, La quasi-totalité des élèves (98%) était célibataire, la majorité (80%) des élèves résidait chez les parents.

5.3- CONNAISSANCE

La totalité des élèves (100%) avait entendu parler de SIDA . 84% avaient entendu parler d'IST en général et un taux non négligeable de 8% ne croyait pas à l'existence du SIDA.

Le SIDA a été l'IST la plus citée (45%) suivi de la gonococcie (15%), les pertes blanches (candidose génitale) (9%), la syphilis (2%), le chancre mou (2%), 24% n'ont pu citer aucune IST. Chez d'autres élèves la confusion régnait car ils assimilaient la bilharziose aux IST (3%).

D'autres auteurs ont trouvés des résultats similaires : dans l'étude de **Traoré. A (1)**, les élèves de la CFTQ ont cité le SIDA (89,9%) suivi de la syphilis (5,7%) et de la gonococcie (4,4%) ; dans l'étude de **Berthé (2)**, les élèves garçons ont cité le SIDA (96,6%) suivi de gonococcie(65%) ; dans l'étude de **Sacko.D (3)**, les élèves filles ont cité le SIDA à 94,9% suivi de la gonococcie (65%) . Ceci nous montre que Le SIDA est de loin l'IST la plus connue des élèves, pouvant s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie du SIDA lors des campagnes de sensibilisation.

Environ le tiers (32%) des élèves n'avait pu citer aucun signe D'IST, 28% avaient cités l'amaigrissement, 6% la diarrhée, 4% les vomissements en référence au SIDA, les prurits, les brûlures mictionnelles, les éruptions cutanées et les pertes vaginales blanchâtres avaient été faiblement citées.

Dans l'étude de **Sanogo.S.A (4)**, la moitié des élèves (50,4%) n'ont pu citer aucun signe d'IST ; dans l'étude de **Traoré. M** 75,87% n'ont pu citer aucun signe d'IST. A la lumière de ceci on pourrait dire que les signes d'IST sont peu connus des élèves.

La télé était la source principale d'information sur les IST /SIDA (32%) suivi de l'école (26%), la causerie (12%), les parents venaient derrière avec seulement (4%).

D'autres auteurs ont trouvés des résultats similaires: dans l'étude de **Berthé** les medias représentaient 83,7%, amis (49,6%), école (39,2%), les parents représentaient seulement (2,5%).

Dans l'étude de **Traoré.M** la télé représentait (31,6%) derrière la causerie (32,7%), les parents ne représentaient que (3,3%), ceci montre que les parents sont une source rare d'information sur les IST/SIDA.

La voie sexuelle était la voie de transmission la plus connue des élèves (47%) suivi de la voie sanguine (41%) et materno-foétale (11%).

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires : dans l'étude de **Sanogo.S.A** la voie sexuelle (43,3%) suivi de la voie sanguine par instrument souillé (43%) et la voie materno-foétale était peu connue (6 %). Dans l'étude de **Traoré. A** 89,8% des élèves du CFTQ ont cité la voie sexuelle comme principale voie de transmission, dans l'étude de **Berthé** 98,3 % ont cité la voie sexuelle et 99,6% la voie sanguine par les instruments souillés . La voie sexuelle resterait alors la principale voie de transmission connue par les élèves.

La majorité des élèves (53%) avait cité le préservatif comme principal moyen de prévention suivi de l'abstinence (27%), de la fidélité (19%) et 1% des élèves n'ont pu citer aucun moyen de prévention.

Dans l'étude de **Traoré.M** , le préservatif a été cité à 89,3% suivi de la fidélité 74,3% et de l'abstinence 73,7%. Dans l'étude de **Sanogo.S.A** le préservatif a été cité à 44,1% suivi de la fidélité 28% et de l'abstinence 24,1%.

Dans notre étude 74% des élèves connaissaient un lieu de dépistage.

Dans l'étude de **Traoré. M** 70,7% connaissaient un lieu de dépistage témoignant une bonne connaissance des élèves sur les sites de dépistage du VIH.

5.4- COMPORTEMENT

Environ le tiers (32%) des élèves avait déjà eu de rapports sexuels, l'âge moyen au premier rapport était de 17ans avec un âge minimum de 14ans et un âge maximum de 20 ans.

Dans l'étude de **Traoré. A** 50% des élèves de CFTQ ont eu de rapports sexuels et l'âge minimum au premier rapport était de 14 ans. Dans l'étude menée au Mali [46] indique que l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 15,8 ans ; Dans la plus part des pays Asiatiques, y compris la Chine, l'activité sexuelle commencerait plus tard qu'ailleurs. Les hommes comme les femmes ont généralement leurs premiers rapports sexuels après l'âge de 20ans. [47]

Ceci indique que la sexualité est précoce chez nos jeunes, pouvant s'expliquer par de multiples causes dont la principale serait rattachée au bas niveau d'échange sur la sexualité avec les parents.

La majorité des élèves sexuellement actifs (75%) avait eu plus d'un partenaire; 68,75% avaient utilisés un préservatif au premier rapport ; 75% affirmaient utilisés régulièrement le préservatif.

Dans l'étude de **Traoré. M** , 66% des élèves sexuellement actifs ont eu de multiples partenaires, seulement 39,4% ont utilisés un préservatif au premier rapport. Selon le rapport de l'ONU /SIDA [34] dans la plus part des pays de l'Europe occidentale plus de 60% des jeunes déclarent aujourd'hui utiliser le préservatif lors du premier rapport sexuel alors qu'ils étaient moins de 20% il y'a 10 ans. Ceci montre qu'il y a beaucoup d'amélioration dans l'usage du préservatif chez les jeunes

Dans notre étude un peu plus du dixième de l'échantillon (12,5%) affirmait avoir eu de rapports occasionnels et la moitié (50%) avait utilisé le préservatif.

Certains auteurs ont trouvés des résultats différents ; Dans l'étude de **Berthé** 54% des élèves ont eu de rapports occasionnels et parmi eux 56% ont toujours utilisés un préservatif, dans l'étude de **Traoré. M** 31% des élèves ont eu des rapports occasionnels seulement 29,9% ont utilisés le préservatif.

Dans notre étude seulement 18% des élèves connaissaient leur statut sérologique.

Dans l'étude de **Traoré. M** 23,3% connaissaient leur statut sérologique. ceci montre un faible déplacement des élèves vers les sites de dépistage.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1-CONCLUSION

Au terme de cette étude qui a concerné, la connaissance et comportements des lycéens de la commune I du District de Bamako face aux IST/SIDA .Nous avons remarqué que le SIDA apparaît comme L'IST la plus connue des élèves (45%),

l'utilisation du préservatif dans la lutte contre les IST/SIDA était quasiment bonne (75%) . La télé est une source importante d'information sur les IST/SIDA (32%) et parents une source rare(4%). L'âge au premier rapport était précoce(14ans) , les sites de dépistage du VIH sont bien connu des élèves(74%), cependant peu sont ceux qui connaissent leur statut sérologique(18%). Il faut noter que, le niveau de connaissance ne se traduit pas toujours dans le comportement chez nos jeunes.

6.2- RECOMMANDATIONS

Au ministère de l'éducation

- Former les enseignants de l'enseignement fondamental et secondaire sur les IST/SIDA.
- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle.

Au ministère de la santé

- Multiplier les centres de conseil et de dépistages volontaires.
- Etendre la mise en place du centre des jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes sanitaires.
- Etendre les séances de sensibilisation sur les IST/SIDA à la Télé.

Aux parents des élèves

- Discuter des questions relatives à la sexualité et aux IST/SIDA avec les jeunes.

Aux jeunes élèves

- Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) organisés sur les IST/SIDA.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ses pairs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Anonymous

AIDS Weekly surveillance report, AIDS-program CDC Atlanta 1988;187P.

2-BERTHE

Connaissances, attitudes et comportements pratiques des adolescents du lycée ASKIA Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse méd. Bamako 2000 ; 143P.

3-Bébéar C et Latrille. Mycoplasme. In: Le Minor L et Veron M.

Bactériologie Med Paris : Flammarion 1989 :1088-97.

4-CASSUTO J.-P

SIDA et infection par le VIH : Abrégé 2^{em} éd 1996 ;176P.

5-Caumes E.M .Javier

Syphilis .Encycl. Méd.chir.maladies infectieuses 1994 ;802-8.

6-CLAVEL F

VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa the New England journal of med 7.1982-118P.

7-Della Betta G.Fiel M.Laga M, ISLAM M

La lutte contre les IST un fardeau mondiale t un défi à la prévention Aids cap/USAID1997;5-15.

8-Description du VIH

disponible sur [http : // .w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / ttm 16-04-2011](http://.w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / ttm 16-04-2011).

9-E .PILLY

Maladie infectieuses 15 em édition Paris 1996 ;453 56PNLS/OMS L'épidémie à VIH population cibles et activité en matière de prévention ,1994 ;45P.

10-E.Pilly

Maladies infectieuses; Mont morency 16 em Ed oct. 1997; 605 P.

11-E. PILLY

CMIT. Maladies infectieuses et tropicales. In E.Pilly: vivactis plus Ed; 2006:747 pp 489-90 .

12-E . PICHARD

Manuelle de maladies infectieuses pour l'Afrique, 2002, 589P.

13-ESSEX M

Isolation of HTLV retrovirus related from wild caught Africa green Monkeys. Science vol 230 new 25; 1985 p 951-4.

14- Fleury HJA

Virologie humaine 2^{ème} édition. Paris ; Masson 1997 ; 195P.

15-Fleury HJA

Virologie humaine. Paris ; Masson 2000; 928P .

16-Fowke KR ; Nagel Kerke NJ ; Kimani

Resistance to VIH, infection among persistency sero negative prostitutes in Nairobi, Kaya Lancet .1996; 348; 1347-51.

17-Gallo R-C

Detection, isolation and continuous production of cytopathic retrovirus from patients, with AIDS and Arcs. Science 1984; 224:497P.

18-Gallo R-C

Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTL III) from patients with Aids and risk for Aids. Science 1983; 224:500-3.

19-Gaudin OG

Infection humaine à mycoplasmes; maladies infectieuses ,1989 Paris,encycloped Méd chirur ;238P.

20- Gentilini M

Médecine tropical Paris Flammarion 1993; 928p.

21-GLUMECK N; MASCART-LEMOINEF, DEMAVBEUGE J

Acquired immunodeficiency syndrome in black Africans Lancet 1983; 11:6 Doin. J Paris 12-6.

22-HolmES K.K Delay P Crohen M.S

Lutte contre les MST une priorité en matière de santé publique 1995 ; 9-13.

23-[http:// documentation.ledmed.org/igm/html/doc 10797.html](http://documentation.ledmed.org/igm/html/doc_10797.html) 07-03-2011.

24-[http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf) 16-04-2011.

25- in: [www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA](http://www.yahoo.encyclopedie.fr/SIDA): 03-03-2011.

26-Institut royal des tropiques 07-03-2011

Relever les déficit du VIH/SIDA ET DES MST. Aids/SAF AIDS/OMS 1995.5-7.

27-Jossay M Donald Y Le SIDA

Etude, prévention, traitement, Paris Maloine 1987 ; 41P.

28 -J-P Cassuto / A.Pesce J.-F . Quaranta

SIDA et infection par le VIH 3^e éd Masson, Paris1996 ;03-10.

29-Kachapia L

The HIV/Aids epidemic in Malawi International Nursing Keview 1998; 45(6):170-8.

30-Montagnier L

Isolation of HT2 retrovirus (LAV).from zarian married couayte one with Aids one with Arc. Lancet 1984; 1183-5.

31- Montagnier L

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 ; 12P.

32-Nozais JP Darty A Danis M

Trichomonose vaginale ; traité de parasitologie médicale Paris Product 1996 ;307-8.

33-Orfila J

Chlamydiales .In : Le Minor L et Veron M. Bactériologie médicale. Paris Flammarion,1989 ; 1072-87.

34-ONU SIDA

Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/ SIDA 2010,Genève ONU SIDA 2010 ; Outlook 2010 ;15P .

35-ONU SIDA

Baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels en Thaïland 1998 ;1-2.

36-ONU SIDA

Les principes directeurs applicables à la surveillance des IST et VIH dans le monde 199-1-15.

37-Over M PIOT P

HIV infection and sexually transmitted diseases in diseases control priorities in developing countries Washington .Oxford university 1993;5-25.

38-Peeters Mulanga—Ka Beyac, Deleporte E.

La diversité génétique du VIH virologie2000; 4:371-81.

39-Peloux Y

Bactéries inhabituelles IN : Le Minor L et Veron M bactériologie medicale Paris : Flammarion 1989 ; 1021-57.

40-Pillot J, Daguët G, PELOUX Y, DUPOUE YP et Berche P

Spirochetes In : Le Minor L et Veron M .Bactériologie Médicale .Paris : Flammarion 1989 ; 1021-57.

41-Rosenheim M et A.I Touangaporo

SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale Paris : méd. Trop, éd ELLIPSES. AUPELF 9:101-9.

42-Starm w ; Turck M

Infection des voies urinaires ; pyélonéphrites et maladies apparentes 4^{ème} édition : Flammarion 1988.p1185-9.

43-Sacko. D

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata Dillo en matière de planification familiale, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse méd. Bamako 2000 : p 139.

44-Sanogo S.A

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le District de Bamako. Thèse méd. 01-M-102.

45-Siboulet A, coulaud JP ; Catalan F ; Basset A, Bohbot JM

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles Paris Masson 1991 ;242P.

46-Site Resource. World bank. Org / INTHIV AIDS /.../Mali.Pdf

Plan stratégique de lutte contre le SIDA au Mali 2001-2005;13-03-2011.

47- Traoré. A

Connaissance, attitudes et pratique comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA. Thèse méd. Bamakoo 2006; 67P.

48- Traoré. M

Connaissances attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens face aux IST/SIDA en milieu scolaire dans la commune III du District de Bamako . Thèse méd. Bamako 2008 ;74P.

49-Traoré Y A

Etude de la séroprévalence des MST / VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du district de Bamako à propos de 551 cas. Thèse méd ; Bamako. 2000.

50- Vidal-cathala.E/Terlaud.C

100 diagnostics à ne pas manquer Masson 2003 P410 ,395P.

51-[www -cnls .bf /PDF/Situation – epidemiologic – 08. Pdf](http://www-cnls.bf/PDF/Situation%20-%20epidemiologic%20-%2008.Pdf) 07-03-2011.

52-www-imea.fr /imea-fichierhtml/imea-ec-duvihistprl.php 16-04-2011.

ANNEXES

VIII-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Bonjour nous menons une étude sur les IST /SIDA , je voudrais avec votre permission vous posez quelques questions .Je tiens à vous précisez que cet

entretien restera confidentiel et votre nom ne sera pas mentionner sur la fiche .
En répondant correctement à ces questions vous contribuerez à l'obtention de solutions à ces problèmes.

Numéro du questionnaire / / / /

Date de l'enquête / / / /

Site d'enquête

A)Renseignements généraux :

Sexe : cochez la bonne affirmation : Masculin/ / Féminin/ /

Célibataire/ / marié(e) / /

Age : en année [15-24 ans] / /

Classe/ /

Etablissement.....

...

Résidence:/ / mettez le chiffre correspondant

1-vous résidez avec les parents

2-vous résidez chez un tuteur

3- vous résidez seul

B) Connaissance et comportements sur les IST/SIDA :

Mettez le chiffre correspondant à votre réponse devant la question.

Q1- Avez-vous entendu parler des infections sexuellement transmissibles (IST) ?/ /

1=oui 2=non

Q1.1-Quelle à été votre première source d'information sur les IST/SIDA ?/ /

- 1 :parents 2 : agent de santé 3 :association 4 :école 5 :télévision ;radio ou presse écrite 6 :causerie
7 :autres.....

Q1.2-Si vous avez entendu parler d'IST citez quelques exemples ?

.....
.....
.....

Q1.3-Connaissez vous quelques signes d'IST ?/ /1=oui 2=non si oui citez les :

.....
.....
.....
.....

Q2- Avez-vous entendu parler de SIDA ?/ / 1=oui 2=non

Q2.1-Croyez vous à l'existence du SIDA ?/ / 1=oui 2=non

Si non pourquoi ?.....

Q2.2-Connaissez vous quelques voies de transmission du SIDA ?/ / 1=oui
2=non

Si oui citez-les :

.....
.....
.....
.....

Q2.3- Connaissez vous quelques méthodes de prévention contre les IST/SIDA ?/ /

1=oui 2=non . Si OUI citez-les :

.....
.....
.....
Q2.4-Connaissez vous un endroit où on fait le dépistage du SIDA ?/ /1=oui 2=non

Si oui donner le nom
.....

Q3-Avez-vous déjà eu de rapport sexuel ? / /1=oui 2=non

Q3.1- quel âge aviez vous pour la première fois ? : âge en année / /

Je ne me rappelle pas / /1=oui 2=non

Q3.2-avez-vous utilisez du préservatif au cour de votre premier rapport ?/ /1=oui
2=non

Q3.3Utilisez vous régulièrement le préservatif ? / /1=oui 2=non

Q3.4-Combien de partenaire avez-vous déjà fréquenté(e) ? Nombre / /

Q3.5- Avez-vous déjà eu de rapport avec un partenaire occasionnel ?/ /
1=oui 2=non

Si oui aviez vous utilisez du préservatif avec ce partenaire ?/ /1=oui
2=non

Q3.6-avez-vous déjà fait un test de dépistage du SIDA ? / /1=oui 2=non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : CISSE

Prénoms : OUSMANE HAMIDOU

Numéro de téléphone : 00223 76 34 80 65

E-mail : ousmaneciss30@yahoo.fr

TITRE : connaissance et comportements des lycéens face aux IST/SIDA en commune I du District de Bamako.

Année de soutenance : 2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique, maladies infectieuses.

RÉSUMÉ : Nous avons mené une étude transversale basée sur un sondage aléatoire des jeunes lycéens de 15 à 24 ans dans 5 lycées de la commune I du District de Bamako. L'objectif général était d'étudier la connaissance et comportements des jeunes lycéens en matière de IST/SIDA. Le sexe féminin et la tranche d'âge de 15 à 19 ans étaient prédominants avec un âge moyen de 17,6. La quasi-totalité des élèves (98%) était célibataire et la majorité (80%) résidait avec les parents. Le SIDA apparaît comme l'IST la plus connue des élèves (45%). La voie sexuelle et le préservatif sont respectivement la voie de contamination et le moyen de prévention les plus connus (47% et 53%). La télé venait en premier lieu comme source d'information sur les IST/SIDA (32%), les parents étaient une source rare d'information sur les IST/SIDA (4%). Environ le tiers (32%) des élèves était sexuellement actif. L'âge au premier rapport sexuel était précoce (14ans), plus de la moitié des élèves (68,75%) avaient utilisés du préservatif au premier rapport, plus des deux tiers (75%) des élèves sexuellement actifs utilisaient régulièrement le préservatif. un peu plus du dixième (12,5%) des élèves sexuellement actifs avaient eu de rapports occasionnels et La moitié de ces élèves avaient utilisés systématiquement le préservatif. La connaissance des élèves sur les sites de

dépistage du VIH était bonne (74%) mais peu sont ceux qui connaissaient leur statut sérologique (18%).

MOTS-CLÉS • Lycéens-Bamako- Connaissance - Comportement - IST/SIDA.

sheet signaletiq

Name: CISSE

First names: OUSMANE HAMIDOU

Phone: 00 223 76 34 80 65

E-mail: ousmaneciss30@yahoo.fr

TITLE: Knowledge and attitudes of high school students deal with STD / AIDS I shared the District of Bamako.

Year of completion: 2012

City of defense: Bamako

Country of Origin: MALI

Place of filing: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and odontostomatology.

Focus area: public health, infectious diseases.

SUMMARY: We conducted a cross-sectional study based on a random sample of high school students 15 to 24 years in five high schools in the town I of the District of Bamako. The overall objective was to study the knowledge and behavior of young students in STI / AIDS. The female and the age of 15 and 19 were predominant with a mean age of 17.6 . Almost all students (98%) was single and the majority (80%) lived with parents. AIDS appears to be the best known of IST students (45%). The sexually and condoms are respectively the transmission route and means of preventing the most popular (47% and 53%). The TV came first as a source of information about STI / AIDS (32%), parents were a rare source of information about STI / AIDS (4%). About one-third (32%) of students were sexually active. The age at first intercourse was early (14 years), more than half the students (68.75%) had used a condom at first intercourse, more than two thirds (75%) of sexually active students used condoms regularly. just over a tenth (12.5%) of sexually active students had had casual sex and half of these students had used condoms consistently. Students' knowledge on HIV testing sites was good (74%) but few are those who knew their HIV status (18%).

KEY WORDS • High school students-Bamako-Knowledge - Behavior - STI / AIDS.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure!